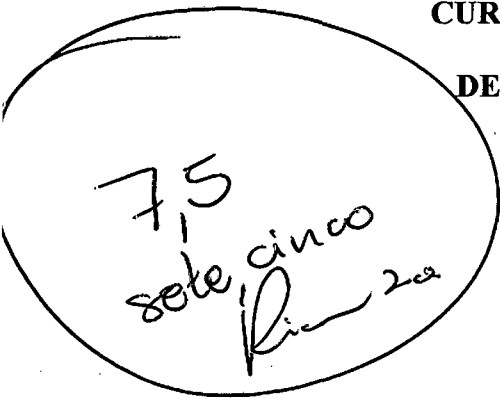


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA



CÂNCER CÉRVICO-UTERINO:

NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ALUNO: CLAUDIO MÜLLER PIRES

ORIENTADOR: ERNANI LANGE DE S. THIAGO

FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

CÂNCER CÉRVICO-UTERINO:

NÍVEL DE INFORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE MEDICINA

ALUNO: CLAUDIO MÜLLER PIRES

*** ORIENTADOR: DR. ERNANI LANGE DE S. THIAGO**

*** CANCEROLOGISTA RADIOTERAPEUTA,**

PROFESSOR DA DISCIPLINA DE ONCOLOGIA DA UFSC

FLORIANÓPOLIS, MAIO DE 1996

ÍNDICE

ÍNDICE	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
INTRODUÇÃO	05
OBJETIVOS	08
MATERIAL E MÉTODOS	09
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXO 1	36

RESUMO

Com o presente estudo, avaliamos o grau de conhecimento dos profissionais que atuam nos postos de saúde do município de Florianópolis, a respeito do câncer cérvico-uterino, enfatizando o questionamento sobre fatores de risco, diagnóstico precoce e prevenção. Foi utilizado um questionário, distribuído em 50% das unidades existentes e que foi respondido pelos próprios profissionais de saúde. Do total de profissionais, 22,3% responderam ao questionário. Avaliando as respostas obtidas, concluímos que a maioria dos profissionais tem consciência da importância da patologia e de seu rastreamento através do exame citológico. Encontramos deficiências com relação ao conhecimento de fatores de risco, periodicidade e finalidades do exame "Papanicolaou" de rotina e também com relação a idade de início do rastreamento em mulheres virgens.

ABSTRACT

With this study, we pretend evaluate the knowledge of professionallis at health's posts in Florianópolis city, about cervical cancer, principaly about risk factors, precocious diagnosis and prevention. It was utilized a questionnaire, distributed in 50% of all posts and went answered by own health's professionallis. From all professionallis, 22,3% answered the questionnaire. Evaluatting the answers obtained, we concluded that majority of professionallis know about importance of this pathology and screening. We finded deficiencies with regard to know of risk factors, periodicity and purposes of routine's "Papanicolaou" and about age of beginning of screening in virgin women.

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é uma das mais importantes neoplasias que acometem o sexo feminino, devido às suas altas taxas de incidência e mortalidade, e poder ser prevenido e diagnosticado precocemente.

É a segunda maior causa de morte por câncer no mundo. (13) No Brasil, é a terceira maior causa de mortalidade por câncer, avaliando ambos os sexos. É a patologia maligna com maior incidência na população feminina do Brasil.(4) No estado de Santa Catarina foi a quinta causa de morte por câncer no ano de 1994. (Fonte: SES/SC)

Os fatores epidemiológicos relacionados com o câncer cérvico-uterino são semelhantes aos da neoplasia cervical benigna, o que apóia o conceito de que as duas lesões são estágios diferentes da mesma doença. Foi demonstrado um risco aumentado em mulheres com múltiplos parceiros sexuais e início precoce da atividade sexual. Outros fatores relacionados estatisticamente são doenças sexualmente transmissíveis, raça, baixo nível sócio-econômico, tabagismo, promiscuidade do parceiro masculino e estado imunológico. Existem características epidemiológicas de uma doença transmitida sexualmente. (7)

Com relação às doenças sexualmente transmissíveis (*DST*), existem indícios de relação causal ligando a infecção por vírus herpes simples tipo II (*HSV-II*) e, principalmente o papilomavírus humano (*HPV*), à neoplasias cervicais. Outras *DST*, como sífilis, gonorréia, tricomoníase e infecções por *Chlamydia*, são mais comuns em mulheres com neoplasia cervical, mas não foram estabelecidas relações causais diretas. (7)

As neoplasias do epitélio escamoso da cérvix uterina que estão restritos ao epitélio, ou seja, que não atingem o estroma, são alterações *pré-invasivas* pois podem transformar-se em câncer invasivo. (16) Estas alterações foram classificadas por Richart em 1967 como *Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC)*, que de acordo com o nível de comprometimento no epitélio, divide-se em NIC-I, NIC-II e NIC-III, correspondendo a antiga denominação de *displasia leve, displasia moderada e displasia grave* respectivamente, sendo que o NIC-III inclui o carcinoma *in-situ*.

As neoplasias intra-epiteliais podem progredir de nível, regredir para um nível menor ou permanecer estacionárias. (16) Segundo Richart, 1987 (apud FREITAS, 1993) , "...o tempo necessário para uma lesão precursora chegar ao seu grau máximo (NIC III) é de 44 meses, em média. Outros 48 meses serão necessários para sua evolução até carcinoma invasor." O espaço de tempo considerável, que geralmente existe na progressão da NIC para o câncer invasivo, permite a realização do rastreamento e diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, e o que é mais importante, das lesões precursoras, evitando a progressão destas lesões que são curáveis, para o câncer invasivo.

Os principais métodos de rastreamento para o diagnóstico, são a visualização direta do colo uterino no exame ginecológico de rotina, a colposcopia e principalmente, o exame

citológico cervical, denominado Pap ou Papanicolaou, por ser um exame barato, indolor e eficaz no rastreamento de alterações em pacientes, que são encaminhadas para avaliação colposcópica e biópsia. O diagnóstico definitivo do câncer é estabelecido pela biópsia.

Estudos realizados em diversos países, demonstraram que programas de rastreamento através do exame citológico realizado periodicamente, diminuiram de forma importante os índices de mortalidade por câncer cérvico-uterino.

Para que o rastreamento seja executado de forma eficiente, é necessário que o atendimento primário à população seja eficiente, o que pressupõe que os profissionais que trabalham nos postos de saúde, devam conhecer os aspectos básicos do câncer cérvico-uterino e das lesões precursoras e saber orientar adequadamente as pacientes com relação a sua prevenção e diagnóstico precoce. Com o presente estudo, visamos avaliar o grau de conhecimento desses profissionais com relação ao assunto.

Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados futuramente, como parâmetros na elaboração de currículos de formação de profissionais que atuam nos postos de saúde e no desenvolvimento de cursos de reciclagem profissional.

OBJETIVOS DO ESTUDO

1) Objetivos Gerais:

Avaliar o nível de conhecimento e as principais dúvidas, dos profissionais que trabalham nos postos de saúde do município de Florianópolis, com relação ao problema do câncer cérvico-uterino.

2) Objetivos Específicos:

2.1) Avaliar o nível de conhecimento com relação:

2.1.1) —À importância e magnitude do problema;

2.1.2) —Aos fatores de risco associados;

2.1.3) —Ao exame citológico cérvico-vaginal de rotina.

2.2) Identificar as principais dúvidas em relação ao exame citológico cérvico-vaginal, enfatizando os seguintes aspectos:

2.2.1) —População alvo;

2.2.2) —Finalidades do exame;

2.2.3) —Realização do exame em gestantes.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta é uma pesquisa de campo quantitativo-descritiva, que tem como população-alvo os profissionais dos postos de saúde do município de Florianópolis, que prestam atendimento médico ou de enfermagem à população. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril de 1996, com o auxílio de um questionário, criado especialmente para este estudo.

O questionário constava de 28 perguntas; sendo 11 objetivas, 5 discursivas e 12 mistas, ou seja, com espaços para serem assinalados e para serem preenchidos de forma discursiva. O questionário era preenchido pelo próprio profissional a ser avaliado. Questionários contendo mais de 10 questões inteiramente “em branco”, não foram considerados.

Foram pesquisados os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem. Questionários respondidos por outros profissionais, como odontólogos, auxiliares de odontólogos, não foram considerados. A população-alvo consta de 408 profissionais; sendo 167 médicos, 43 enfermeiros, 74 técnicos de enfermagem, 87 auxiliares de enfermagem e 37 atendentes de enfermagem.

(Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis, dados de fevereiro de 1.996)

Atualmente estão em atividade no município de Florianópolis 47 postos de saúde, que estão divididos em 5 regiões geográficas: Centro, Centro-Leste, Continente, Norte e Sul. Do total de postos, 46 prestam atendimento médico à população e foram alvo da pesquisa. Destes, 21 realizam coleta do exame citológico cérvico-vaginal (dados de março de 1.996)

Foi utilizado o seguinte plano amostral: De cada uma das cinco regiões administrativas, foi avaliado o posto com a maior demanda total de atendimentos, devido à sua importância. Além deste, foram sorteados outros postos de cada região, procurando obedecer a uma proporcionalidade entre postos que fazem e que não fazem a coleta do exame citológico. Foram avaliados 23 postos, que correspondem a 50% do total de unidades.

Os questionários foram entregues em cada posto do plano amostral. A distribuição à população-alvo, foi feita pelo coordenador de cada unidade.

A relação de postos de saúde pesquisados, agrupados por região, é a seguinte:

- 1) Centro: Centro, Prainha e Saco dos Limões.
- 2) Centro-Leste: Lagoa da conceição, Córrego Grande, Costa da Lagoa e Rio Tavares.
- 3) Continente: Policlínica II, Jardim Atlântico, Coloninha, Capoeiras, Morro da caixa e Estreito.

- 4) Norte: Saco Grande II, Jurerê, Ratores, Santo Antônio de Lisboa e Cachoeira do Bom Jesus.
- 5) Sul: Costeira do Pirajubaé, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Campeche, Ribeirão da Ilha e Armação.

Com relação à análise das respostas obtidas, foram utilizados os seguintes critérios:

Nas perguntas para respostas objetivas que não foram respondidas, considerou-se que o profissional ignora a questão. Nas perguntas elaboradas para questões discursivas, respostas diferentes mas interpretadas como tendo um mesmo significado, foram consideradas em conjunto.

RESULTADOS

Dos 408 profissionais da rede de postos, 91 responderam ao questionário, o que representa 22,3% do total geral. A classe profissional que apresentou o maior índice de questionários respondidos foi a dos enfermeiros, com 30,2% do total de profissionais respondendo, seguida pelos auxiliares de enfermagem com 29,9%, técnicos de enfermagem com 23,0%, atendentes de enfermagem com 18,9% e por último, pela classe médica, com 16,8% dos profissionais respondendo. (tabela I)

TABELA I

Distribuição dos profissionais:

Cargo	Número total	Responderam	Perc.
Enfermeiros	43	13	30,2%
Auxiliares de enf.	87	26	29,9%
Técnicos de enf.	74	17	23,0%
Atendentes de enf.	37	07	18,9%
Médicos	167	28	16,8%
Total	408	91	

Com relação a pergunta número 6 do questionário, o câncer cérvico-uterino foi considerado um problema importante por 89 profissionais (97,8%) e 2 profissionais (2,2%) desconheciam a importância do problema. (tabela II)

TABELA II

Importância

Problema importante?	Freq.	%	Cum.
Sim	89	97,8%	97,8%
Ignora importância	02	2,2%	100,0%
Total	91	100,0%	

Quando indagados quanto ao motivo da importância da patologia, houveram 103 citações, na seguinte ordem de frequência: a) ALTA TAXA DE MORTALIDADE com 47 respostas (45,6%), b) INCIDÊNCIA com 15 (14,6%), c) POR SER PREVENÍVEL com 12 (11,7%), d) CURÁVEL SE DIAGNOSTICADO PRECOCEMENTE com 7 respostas (6,8%) , e) pela MORBIDADE com 6 (5,8%) e f) Outras respostas, que perfizeram 16 citações (15,5%) e que individualmente representavam menos de 5% do total de citações. (Tabela 3)

TABELA III**Motivos da importância**

	Freq.	Perc.	Cum
Mortalidade	47	45,6%	45,6%
Incidência	15	14,6%	60,2%
Prevenível	12	11,7%	71,9%
Curável	07	6,8%	78,7%
Morbidade	06	5,8%	84,5%
Outras	16	15,5%	100,0%
Total	103	100,0%	

Quanto ao item de número 9 do questionário; “Cite fatores que aumentam o risco de câncer cervical”, 81 profissionais (89%) citaram um ou mais fatores, totalizando 233 citações. 10 profissionais (11%) desconheciam fatores de risco.(Tabela IV) Os fatores mais citados foram: a) PROMISCUIDADE SEXUAL; ou múltiplos parceiros sexuais, com 47 citações (20,2%), b) INFECÇÕES GINECOLÓGICAS; ou doenças sexualmente transmissíveis com 36 (15,5%), c) FATORES GENÉTICOS; ou história familiar com 19 (8,2%), d) VIDA SEXUAL PRECOCE com 17 (7,3%), e) NÃO PREVENÇÃO; ou não realização do exame citológico ou do exame ginecológico de rotina, com 16 citações (6,9%), f) HPV, com 13 (5,6%) e g) Outras 85 citações (36,5%), que isoladamente não alcançavam 5% do total. (Tabela V)

TABELA IV**Conhecimento de fatores de risco:**

	Freq.	Perc.	Cum.
Conhecem	81	89,0%	89,0%
Ignoram	10	11,0%	100,0%
Total	91	100,0%	

TABELA V**Fatores de risco :**

	Freq.	Perc.	Cum.
Promiscuidade	47	20,2%	20,2%
Infecções ginecol.	36	15,5%	35,7%
Fatores genéticos	19	8,2%	43,9%
Vida sexual precoce	17	7,3%	51,2%
“Não prevenção”	16	6,9%	58,1%
HPV	13	5,6%	63,7%
Outros	85	36,5%	100,0%
Total	233	100,0%	

Com relação à pergunta número 15, que trata das finalidades do exame “preventivo”, as três primeiras alternativas são as corretas. 48 profissionais (52,7%), assinalaram os três itens,

13 (14,3%) assinalaram dois itens corretos, 22 (24,2%) assinalaram apenas um ítem correto, e 8 (8,8%) não conhecem nenhuma das finalidades do exame. (Tabela VI)

TABELA VI

Finalidades do exame:

número alt. corr.	Freq.	Perc.	Cum.
três	48	52,7%	52,7%
duas	13	14,3%	67,0%
uma	22	24,2%	91,2%
nenhuma	8	8,8%	100,0%
Total	91	100,0%	

Com relação à questão de número dezesseis do questionário, que trata da realização do exame Pap na gravidez, 3 profissionais (3,3%) assinalaram que a gestação contra-indica o exame, 86 (94,5%) responderam que não contra-indica e 2 (2,2%) assinalaram que ignoram a questão.

TABELA VII**Gravidez contra-indica oPap? :**

	Freq.	Perc.	Cum.
Sim	03	3,3%	3,3%
Não	86	94,5%	97,8%
Ignora	02	2,2%	100,0%
Total	91	100,0%	

Questionados se as mulheres com vida sexual ativa devem fazer o Pap periodicamente, 89 profissionais (97,8%) responderam que sim, 2 (2,2%) ignoravam a questão e nenhum respondeu que não devem fazê-lo periodicamente. (Tabela VIII) Dos profissionais que responderam que estas mulheres devem fazer o exame periodicamente, 36 (40,4%) colocaram que deva ser feito a cada 6 meses, 1 (1,1%) colocou a periodicidade de 8 meses para o exame, 51 profissionais (57,3%) colocaram a periodicidade de 1 ano e 1 profissional (1,1%) a periodicidade de 3 anos. (Tabela IX) Com relação à idade inicial para a realização do exame, 69 profissionais (77,5%) responderam que deve ser no início da vida sexual, 14 (15,7%) acham que deve ser aos quinze anos, 01 (1,1%) aos vinte e cinco anos e 04 (4,5%) apontaram outras idades para o início. (Tabela X)

TABELA VIII**Vida sexual ativa e Pap periódico:**

	Freq.	Perc.	Cum.
Sim	89	97,8%	97,8%
Não	00	0,0%	97,8%
Ignoram	02	2,2%	100,0%
Total	91	100,0%	

TABELA IX**Periodicidade na vida sexual:***do exame Pap.*

PERIODICIDADE	Freq.	Perc.	Cum.
6 em 6 meses	36	40,4%	40,4%
8 em 8 meses	1	1,1%	41,5%
anual	51	57,3%	98,8%
3 em 3 anos	1	1,1%	100,0%
Total	89	100,0%	

TABELA X**Idade de início na vida sexual ativa:**

Início do Pap	Freq.	Perc.	Cum.
Início da vida sexual	69	77,5%	77,5%
Aos 15 anos	14	15,7%	93,2%
Aos 20 anos	00	0,0%	93,2%
Aos 25 anos	01	1,1%	94,3%
Outras idades	04	4,5%	98,8%
Desconhece	01	1,1%	100,0%
Total	89	100,0%	

Com relação à realização ou não do Pap em mulheres virgens, 66 profissionais (72,5%), assinalaram que devem fazê-lo periodicamente, 2 profissionais (2,2%) responderam que elas precisam fazê-lo apenas uma vez, 7 (7,7%) responderam que mulheres virgens não precisam fazer o exame e 16 (17,6%) responderam que não sabiam. (Tabela XI) Quando indagamos aos profissionais que responderam que elas devem fazer o exame periodicamente, qual deve ser esta periodicidade, 7 (10,6%) assinalaram que deva ser a cada seis meses, 38 (57,6%) responderam que deva ser anualmente, 4 (6,1%) que deva ser a cada dois anos, 1 (1,5%) respondeu que deva ser feito a cada cinco anos e 16 (24,2%) responderam que ignoravam qual deva ser a periodicidade. (Tabela XII) Dos profissionais que responderam que as mulheres virgens devam fazer o Pap (68 ao todo), 23 (ou 33,8%) colocaram que devam iniciar aos quinze anos de idade, 8 (11,8%) que devam iniciar aos vinte anos, 10 (14,7%) aos vinte e cinco anos, 8 (11,8%)

que devam iniciar em outras idades e 19 profissionais (27,9%) responderam que desconhecem com que idade devam fazê-lo. (Tabela XIII)

TABELA XI

Realização do Pap em virgens:

	Freq.	Perc.	Cum.
Periodicamente	66	72,5%	72,5%
Uma vez apenas	02	2,2%	74,7%
Não precisam fazer	07	7,7%	82,4%
Desconhece	16	17,6%	100,0%
Total	91	100,0%	

TABELA XII

Periodicidade em virgens:

	Freq.	Perc.	Cum.
6 em 6 meses	07	10,6%	10,6%
anual	38	57,6%	68,2%
2 em 2 anos	04	6,1%	74,3%
5 em 5 anos	01	1,5%	75,8%
Desconhece	16	24,2%	100,0%
Total	66	100,0%	

TABELA XIII**Idade de início em virgens:**

Idade	Freq.	Perc.	Cum.
15 anos	23	33,8%	33,8%
20 anos	08	11,8%	45,6%
25 anos	10	14,7%	60,3%
Outras idades	08	11,8%	72,1%
Desconhece	19	27,9%	100,0%
Total	68	100,0%	

Com relação às mulheres sem vida sexual ativa, mas que já tiveram vida sexual ativa no passado e a realização do Pap, 88 profissionais, ou seja, a grande maioria (96,7%) respondeu que estas mulheres devem fazer o exame periodicamente, 3 profissionais (3,3%) ignoravam a questão e nenhum profissional respondeu que elas não precisam fazer o exame. (Tabela XIV)

TABELA XIV**Mulheres com vida sexual inativa devem fazer o Pap ?**

	Freq.	Perc.	Cum.
Sim, periodicamente	88	96,7%	96,7%
Sim, uma vez apenas	00	0,0%	96,7%
Não precisam fazê-lo	00	0,0%	96,7%
Desconhece	03	3,3%	100,0%
Total	91	100,0%	

Na questão de número vinte e seis, que é dirigida apenas aos médicos, foi perguntado se eles sabem o que é “HPV”. A grande maioria, num total de 26 médicos (92,9%) responderam que sabem o que é, 1 respondeu desconhecer (3,5%) e 1 não respondeu a questão (3,5%). Quando solicitamos aos médicos que afirmaram conhecer, que explicassem o que é o “HPV”, 17 ou 60,7% dos médicos afirmaram ser o *papilomavírus humano*, 6 (21,4%) afirmaram tratar-se de um vírus, 2 médicos afirmaram tratar-se do vírus herpes, 15 médicos (53,6%) relacionaram-no com o câncer cérvico-uterino e 4 (14,3%) colocaram que o HPV é transmissível sexualmente.

TABELA XV

Conhecimento do que é HPV:

	Freq.	Perc.	Cum.
Conhecem	26	92,9%	92,9%
Desconhecem	01	3,5%	96,4%
Não responderam	01	3,5%	100,0%
Total	28	100,0%	

TABELA XVI**Explicação do que é o HPV**

	Freq.	Perc.
Papilomavírus humano	17	60,7%
Relação com câncer cervical	15	53,6%
vírus	06	21,4%
Transmitido sexualmente	04	14,3%
Vírus herpes	02	7,1%

DISCUSSÃO

Avaliando a tabela I dos resultados da pesquisa, observa-se que 22,3% de todos os profissionais que trabalham na rede de postos de saúde responderam ao questionário. Levando em consideração que o plano amostral cobriu 50% das unidades, seria de se esperar que aproximadamente 50% do total geral de profissionais respondessem ao questionário. Este baixo percentual de respostas indica um provável desinteresse pela pesquisa por parte dos profissionais.

Com relação aos motivos da importância do câncer cérvico-uterino, sua alta mortalidade foi o motivo mais citado nas respostas, seguido pela alta incidência. Na bibliografia, o câncer cérvico-uterino é apontado como a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres no mundo todo. (13) É a patologia maligna com maior incidência na população feminina do Brasil e é a terceira causa de morte por câncer analisando ambos os sexos em nosso país. (4) . Concluímos então que existe um bom conhecimento dos profissionais com relação as altas taxas de incidência e mortalidade da patologia. O terceiro motivo mais citado para a importância da patologia foi a possibilidade de prevenção, seguida pela “curabilidade” da patologia. Como existem lesões precursoras da patologia, correspondendo a “Neoplasia Epitelial-Cervical” e formas de detecção exequíveis das

mesmas, envolvendo principalmente a citologia cérvico-vaginal, essas lesões pré-neoplásicas diagnosticadas, podem ser encaminhadas para tratamento antes que evoluam para o câncer. (23,16,7,11) Desta forma, a prevenção passa a ser o principal aspecto de importância com relação ao câncer cérvico-uterino e portanto deveria ser o aspecto mais citado pelos profissionais como motivo da importância desta patologia. Com relação a possibilidade de cura do câncer cérvico-uterino, ele é curável quando se encontra em estágios iniciais de evolução, particularmente na forma de carcinoma *in-situ*, ou seja, restrito ao epitélio. À medida que o câncer evolui, o prognóstico vai piorando e o percentual de cura vai diminuindo progressivamente.

Com relação aos fatores de risco para o câncer cérvico-uterino citados pelos profissionais (Tabela V), a *promiscuidade sexual*, que inclui um grande número de parceiros foi o fator mais citado, juntamente com *infecções ginecológicas*, *vida sexual precoce* e *HPV* que também foram bastante citados, estão estatisticamente relacionados com o câncer cervical. (23,13,16,7,1) A precocidade do início da vida sexual, possivelmente relaciona-se com o câncer cervical por uma vulnerabilidade do epitéliocervical a carcinogênios durante a adolescência, o que estaria relacionado com a substituição fisiológica do epitélio glandular cervical por epitélio escamoso (metaplasia) que é intensa nesse período. (COPPLESON,1968 apud COPERLAND,1996) O fato da promiscuidade sexual aumentar a frequência da patologia é um dado que reforça a possibilidade de um agente infeccioso atuar como agente etiológico para o câncer cérvico-uterino. Com relação as infecções ginecológicas, existem consideráveis evidências ligando a infecção pelo papilomavírus humano e o câncer cervical. (7) “As doenças venéreas mais conhecidas, incluindo a sífilis, a gonorréia, as infecções por *Trichomonas* e *Chlamydia*, mostraram-se mais comuns em

mulheres com neoplasia cervical, mas não foi estabelecida uma relação causal direta em qualquer uma dessas infecções.” (COPERLAND) O vírus herpes simples tipo 2 (HSV 2), causador de infecção genital em mulheres, também está estatisticamente relacionado com o câncer cervical. (16,7) O principal fator relacionado com o câncer cérvico-uterino e com a *Neoplasia Intraepitelial-cervical* (NIC) é o papilomavírus-humano (vírus HPV). Atualmente mais de 60 genótipos de HPV foram identificados, sendo que, daqueles que causam lesões genitais em mulheres, alguns foram classificados como de alto risco para o câncer cervical; como o HPV 16 e o HPV 18, outros apresentam risco intermediário e outros apresentam baixo risco; como o HPV 6 e o HPV 11, mais relacionados com condilomas benignos do colo. (7,15,16) DÜRST *et al.* EM 1983 (apud JACYNTHO) demonstraram presença de HPV 16 em 46% das biópsias de câncer cervical. Ikenberg,, analisando 178 casos de câncer cervical invasor utilizando a técnica de hibridização, observou a ocorrência de DNA do vírus em 70,2% dos casos, sendo 57,3% de HPV 16. (15) “A taxa de prevalência de HPV no câncer cervical varia de 18 a 100% em diversos estudos, em todos, o HPV 16 é o mais prevalente.” (15) Como existem muitas mulheres são portadoras do vírus, admite-se que seja necessário co-fatores ou co-carcinógenos para o desenvolvimento do câncer. (13)

Outro fator de risco que está entre os mais citados pelos profissionais foi a “não prevenção”, que corresponde a não realização do exame citológico cérvico-vaginal de rotina. Esta resposta está correta, pois através do exame, diagnostica-se as lesões pré malignas (NIC) que são facilmente curáveis, antes que elas possam evoluir para o câncer.

O terceiro “fator de risco” mais citado foram os *fatores genéticos*, que engloba também a resposta *história familiar* para o câncer cervical. Traços genéticos foram

identificados em modelos animais (7), porém não existe evidência de relação entre fatores genéticos ou história familiar com o câncer cérvico-uterino em humanos. Esta resposta por parte dos profissionais demonstra portanto uma grande desinformação com relação ao assunto.

A questão 15 do questionário refere-se as finalidades do exame citopatológico cérvico-vaginal (Pap). A citologia permite diagnosticar a *Neoplasia Epitelial Cervical* (NIC) de graus I ou II, que são lesões pré-malignas. Quando a citologia identifica a NIC grau III, já está diagnosticando alterações compatíveis com câncer (*in situ*). É possível também identificar o câncer invasor pelo exame citopatológico, porém o diagnóstico de certeza será obtido através de exame histológico com material obtido por biópsia (2,3). Faz parte ainda do exame Pap, a investigação da microbiologia vaginal, que pode detectar infecções. (3) O fato de apenas 52,7% dos profissionais responderem corretamente a esta questão (Tabela VI), ou seja, assinalarem as três alternativas corretas e 8,8% não conhecerem nenhuma das finalidades do exame, demonstra um grande despreparo para um atendimento básico de saúde às mulheres.

Quando questionados com relação a realização do Pap na gestação, a grande maioria dos profissionais (97,8%), respondeu que a gravidez não contra-indica o exame (Tabela VII), o que corresponde à resposta correta. O Ministério da Saúde preconiza a realização do Pap também em gestantes, recomendando porém, que nestes casos seja realizada apenas a coleta dupla (fundo de saco posterior e ectocérvice), reservando a realização da coleta tripla para clínicas especializadas. (2)

Na tabela VIII, observa-se que quase a totalidade dos profissionais (97,8%), responderam que mulheres com vida sexual ativa, de acordo com as normas da Secretaria de

Saúde do Estado de Santa Catarina devem fazer o Pap periodicamente. Estudando o câncer cérvico-uterino por um período de 20 anos (de 1955 a 1974) em Toledo nos Estados Unidos da América, Kim observou uma redução de 66% na incidência do carcinoma epidermóide invasivo (o carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais comum) e de 61% na mortalidade por este câncer após a introdução do exame Pap de rotina. (17) Mählcck demonstrou uma redução de 53% na taxa de mortalidade por câncer cervical na Suécia, no período entre 1962 e 1986, após o rastreamento pelo exame Pap rotineiro. (20) O exame Pap é relativamente barato, indolor e eficaz para rastrear a NIC e o câncer, portanto é ideal para triagem populacional. (16) De acordo com as normas da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, mulheres com vida sexual ativa devem fazer a triagem rotineiramente, independentemente da idade, e o intervalo preconizado para a triagem é anual, sem limite de idade, se a citologia for negativa para células neoplásicas. (25)

A periodicidade do rastreamento pelo Pap, varia de acordo com diferentes escolas. Uma força tarefa canadense, reunida em 1982, recomendou uma triagem anual para as mulheres entre 18 e 35 anos sexualmente ativas e quinquenal para mulheres entre 35 e 60 anos de idade. (6) Já a *American Cancer Society* e o *American College of Obstetricians and Gynecologists* preconiza para mulheres que tem ou já tiveram atividade sexual, devam fazer o Pap e exame pélvico anuais, sendo que, após 3 exames consecutivos normais, o Pap pode ser feito apenas a cada 3 anos, para as mulheres que não são consideradas de alto risco para a patologia. (10) O Ministério da Saúde do Brasil, baseado numa “Reunião de Consenso” realizada em 1988 no Rio de Janeiro, recomenda que o intervalo para triagem seja trianual, após dois exames anuais negativos, a faixa etária entre 25 e 60 anos e as mulheres que nunca fizeram o Pap são priorizadas. (2) Na reunião de consenso, concluiu-

se que estas recomendações eram as mais adequadas para o país naquele momento, levando em consideração a necessidade de aumentar o contingente de mulheres rastreadas pelo exame, os recursos existentes e avaliando-se principalmente os estudos da *Agência Internacional para Pesquisa de Câncer (IARC)* realizados na Europa e na América do Norte, que demonstram uma pequena diferença percentual na redução da incidência por câncer cérvico-uterino, se forem comparados o rastreamento anual e o trianual na população. A Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, preconiza a periodicidade anual para rastreamento de todas as mulheres há partir do início da vida sexual e há partir dos 20 anos de idade em mulheres virgens, sem limite de idade para a realização do exame, sendo esta periodicidade diminuída em alguns casos especiais. (25)

Na tabela IX, observa-se que a maioria dos profissionais conhece a periodicidade de realização do Pap preconizada pela Secretaria da Saúde, para mulheres com vida sexual ativa, que é o exame anual. Porém, um grande número de profissionais acredita que o exame deva ser feito a cada 6 meses, o que está incorreto e demonstra falta de conhecimento dos profissionais. Com relação a idade de início em mulheres com vida sexual ativa (Tabela X), a grande maioria respondeu que elas devem começar a fazer o Pap a partir do início da vida sexual, o que está de acordo com as normas da Secretaria de Saúde de Santa Catarina. (25)

Com relação às mulheres virgens, a resposta da grande maioria dos profissionais com relação a realização do Pap (Tabela XI), está de acordo com as normas da Secretaria de Saúde, ou seja, devem fazer o exame periodicamente. (25) Já com relação a periodicidade do exame em virgens (Tabela XII), embora mais da metade dos profissionais tem conhecimento de que deve ser anual a coleta, um grande número de profissionais

desconhece este dado. (25) Apenas 8 profissionais (11,8% do total) demonstraram conhecer que mulheres virgens devem iniciar a coleta do exame “Papanicolaou” há partir dos 20 anos de idade (Tabela XIII), portanto a grande maioria ignora quando deve iniciar esse rastreamento. (25)

Com relação às mulheres que já tiveram relações sexuais, mas encontram-se inativas sexualmente, observamos na tabela XIV que a grande maioria dos profissionais respondeu que devem fazer o Pap periodicamente, o que está de acordo com as normas da Secretaria da Saúde. (25)

Quando perguntamos aos médicos o que é HPV, a grande maioria demonstrou saber que trata-se do papilomavírus-humano (Tabela XVI) e que está relacionado com o câncer cérvico-uterino. (7,13,16,23). Porém 7% dos médicos desconhecem o vírus (Tabela XV) e outros 7% confundiram-no com o vírus herpes. A relação do HPV com o câncer cérvico-uterino já foi discutida neste capítulo.

CONCLUSÃO

Avaliamos com este trabalho, que a grande maioria dos profissionais que trabalham nos postos de Saúde do município de Florianópolis, considera o câncer cérvico-uterino um problema importante. O motivo mais citado para explicar essa importância foi a alta taxa de mortalidade que apresenta.

Há um bom conhecimento dos fatores de risco, porém muitos profissionais acreditam que fatores genéticos e história familiar tenham importância como fator de risco, o que não é verdadeiro.

Muitos profissionais não conhecem totalmente as finalidades do exame citológico cérvico-vaginal (Pap). A maioria deles sabe da importância de sua realização periódica, tanto em mulheres que tem atividade sexual ativa, quanto nas que nunca tiveram atividade sexual, e tem conhecimento de que gestantes devem fazer o exame, o que é muito importante. Com relação a periodicidade do exame, um número considerável acredita que deva ser semestral, enquanto é recomendado à avaliação anual. Não consideramos este dado preocupante, pois demonstra uma grande importância dada ao rastreamento por parte desses profissionais. A grande maioria dos profissionais desconhece a idade com que mulheres virgens devem realizar o Pap.

Observamos que a grande maioria dos profissionais médicos conhece o vírus HPV, vírus esse que apresenta importante correlação com o câncer cérvico-uterino.

Concluimos com este trabalho que a grande maioria dos profissionais tem consciência da importância do câncer cérvico-uterino e da triagem feita através do exame citológico cérvico-vaginal de rotina. Encontramos deficiências com relação ao conhecimento de fatores de risco para o câncer, periodicidade de realização do exame “Papanicolaou” de rotina, finalidades do mesmo e idade de início para o rastreamento de mulheres virgens pelo Pap. Essas deficiências podem ser abordadas futuramente em cursos de reciclagem profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEIXO NETO,A.: Aspectos epidemiológicos do câncer cervical. Rev. Saúde Públ., 25:326-33, 1991.
2. BRASIL,Ministério da Saúde: Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.Normas e manuais técnicos. Brasília, DINSAMI\ MS, 1994.
3. BRASIL, Ministério da Saúde: Manual de laboratório cito-histopatológico.Normas e manuais técnicos.Brasília, DINSAMI\ MS,1987.
4. BRASIL,Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer: O problema do câncer no Brasil. 2 ed.. Rio de Janeiro, INCA\Pró-Onco, 1995.
- 5.CANADIAN TASK FORCE REPORT: Cervical cancer screening program. I Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. Can. Med. Assoc.J., 114:1003-1033, 1976.
- 6.CANADIAN TASK FORCE REPORT: Cervical cancer screening programs: Sumary of the 1982 Canadian Task Force Report. Can. Med. Assoc. J.,127:581-589, 1982.
7. COPERLAND,L.J.:Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.
- 8.DERCHAIN,S.F.M. et al.:Human papiloma virus infection and cervical intraepithelial neoplasia in teenagers.J.Bras.Ginec.,101(11\12):499-503, 1991.

9. EDDY, D.M.: Screening for cervical cancer. *Annals of Internal Medicine*, 113:214-226, 1990.
10. FINK, D.J.: Change in American Cancer Society checkup guidelines for detection of cervical cancer. *CA-Cancer Journal for clinicians*, 38(2):127-128, 1990.
11. FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.: *Rotinas em ginecologia*. 2ed. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1993.
12. HALBBE, H.W.: *Tratado de Ginecologia*. 2 ed. S. Paulo, Roca, 1993.
13. HOLLAND, J.F. et al.: *Cancer Medicine*, vol.2. 3 ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1993.
14. HUGH, M.S. et al.: The current status of the Papanicolaou smear. *CA-Cancer Journal for Clinicians*, 45:305-320, 1995.
15. JACYNTO, C.; ALMEIDA FILHO, G.; MALDONADO, P.: *HPV Infecção genital feminina e masculina*. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.
16. JONES III, H.W.; WENTZ, A.C.; BURNETT, L.S.; NOVAK *Tratado de ginecologia*. 11 ed.. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1990.
17. KIM, K. et al.: The changing trends of uterine cancer and cytology: a study of morbidity trends over a twenty year period. *Cancer*, 42:2439-2449, 1978.
18. LÁÁRÁ, E.; DAY, N.E.; MATTI, H.: Trends in mortality from cervical cancer in the nordic countries: association with organised screening programmes. *The lancet*, 1247-1249, 1987.
19. LUNDBERG, G.D.: The 1988 Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *Jama*, 262(7):931-934, 1989.

20. MÄHLCK, C.G.; JONSSON, H.; LENNER, P.: PAP smear screening and changes in cervical cancer mortality in Sweden. *International Journal Gynaecology Obstetrics*, 44(3):267-272, 1994.
21. MASCOTTI, G. et al.: Estratégias para um programa de rastreamento do câncer de colo uterino. *Ginecologia Obstetrícia Atual*, 6:13-18, 1994.
22. MENDONÇA, G.A.S.: Câncer na população feminina brasileira. *Rev. Saúde públ.*, 27(1):68-75, 1993.
23. RUBIN, P.: *Clinical Oncology: A multidisciplinary approach for physicians and students*. 7 ed.. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1993.
24. SCHRYVER, A.: Does screening for cervical cancer alter incidence and mortality trends? The Belgian experience. *European Journal Cancer Clinical Oncology*, 25:395-399, 1989.
25. SANTA CATARINA, Secretária de Estado da Saúde: Programa estadual de controle do câncer. Florianópolis, 1994.
26. VAN OORTMARSSSEN, G.J.; HABBEMA, J.D.F.: Duration of preclinical cervical cancer and reduction in incidence of invasive cancer following negative PAP smears. *International Journal Epidemiology*, 24(2):300-307, 1995.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO UTILISADO NA PESQUISA

01) Idade: _____.

02) Grau de escolaridade:

- a) ☐ Primeiro grau incompleto;
- b) ☐ Primeiro grau completo;
- c) ☐ Segundo grau incompleto;
- d) ☐ Segundo grau completo;
- e) ☐ Universitário incompleto;
- f) ☐ Universitário completo.

03) Cargo ou função que exerce no posto de saúde:

- a) ☐ Médico(a). Neste caso qual a especialidade? ☐ Clínico Geral;
☐ Ginecologista;
☐ Pediatra;
☐ Cirurgião.
- b) ☐ Enfermeiro(a);
- c) ☐ Técnico de enfermagem;
- d) ☐ Auxiliar de enfermagem;
- e) ☐ Atendente de enfermagem;
- g) ☐ Outro. Qual? _____.

04) Há quanto tempo trabalha em posto de saúde (ou hospital) ?

05) O posto tem ginecologista?

- a) ☐ Sim;
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

06) Você acha que o câncer de colo de útero (câncer cervical) é um problema importante?

- a) ☐ Sim. Por quê? _____

_____.
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

07) Existe uma reciclagem de conhecimento para os profissionais que trabalham no posto, em relação ao câncer cervical ?

- a) ☐ Sim. De que forma? ☐ Congressos;
☐ Palestras;
☐ Cursos;
☐ Boletins informativos;
☐ Cartazes;
☐ Vídeos;
☐ Outras. Quais? _____
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

08) O posto desenvolve ações educativas sobre o câncer cervical junto a comunidade?

- a) ☐ Sim. Como? ☐ Panfletos;
☐ Cartazes,
☐ Palestras,
☐ Outros. Quais? _____
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

09) Cite fatores que aumentam o risco de câncer cervical:

☐ Não sabe.

*** As questões 10 a 24, referem-se ao exame citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou ou “preventivo”.**

10) O posto em que você trabalha faz a coleta do exame ?

- a) ☐ Sim;
- b) ☐ Não. Qual o motivo? ☐ Falta de condições físicas do posto;
☐ Falta de pessoal treinado;
☐ Outro motivo. Qual? _____
- ☐ Não sabe o motivo.
- c) ☐ Não sabe se faz o exame.

*** As questões 10 a 24, referem-se ao exame citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou ou “preventivo”.**

11) O posto supre a demanda populacional que procura o exame “preventivo”?

- a) ☐ Sim;
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

12) Você já recebeu algum tipo de orientação em relação a coleta do exame?

- a) ☐ Sim. (Neste caso responda os itens 13 e 14)
- b) ☐ Não.

13) De que forma?

- a) ☐ Explicações teóricas;
- b) ☐ Treinamento prático;
- c) ☐ Aprendizado teórico e prático.

14) Você considera-se preparado para realizar a coleta de forma adequada?

- a) ☐ Sim, pois conheço a técnica, os cuidados necessários e estou devidamente treinado;
- b) ☐ Não, pois falta-me conhecimento teórico e treinamento prático;
- c) ☐ Não, pois falta-me conhecimento teórico sobre a coleta do exame;
- d) ☐ Não, pois falta-me treinamento prático de coletar o exame;
- e) ☐ Não sabe responder.

15) Com relação as finalidades do exame, responda a(s) alternativa(s) correta(s):

- a) ☐ Detectar lesões com risco de se tornar câncer;
- b) ☐ Detectar infecções;
- c) ☐ Detectar alterações citológicas compatíveis com câncer;
- d) ☐ Nenhuma alternativa está correta;
- e) ☐ Não sabe.

16) O exame deve ser evitado durante a gravidez ?

- a) ☐ Sim, o exame está contra-indicado durante a gestação;
- b) ☐ Não, a gravidez não contra-indica o exame;
- c) ☐ Não sabe.

*** As questões 10 a 24, referem-se ao exame citológico cérvico-vaginal, conhecido como Papanicolaou ou “preventivo”.**

Responda as questões 17 à 23 de acordo com as orientações da Secretaria de Saúde de Santa Catarina:

17) Mulheres com vida sexual ativa devem fazer o exame periodicamente?

- a) ☐ Sim. (Neste caso responda os itens 18 e 19)
- b) ☐ Não;
- c) ☐ Não sabe.

18) Você sabe qual deve ser a periodicidade?

- ☐ Sim; De quanto em quanto tempo? _____
- ☐ Não sabe.

19) A partir de que idade?

- a) ☐ A partir do início da vida sexual;
- b) ☐ 15 anos;
- c) ☐ 20 anos;
- d) ☐ 25 anos;
- e) ☐ Outras idades: _____ anos.
- f) ☐ Não sabe.

20) Mulheres virgens devem fazer o exame ?

Obs. : Pressupondo que nunca tenham feito o “preventivo”.

- a) ☐ Devem fazer o exame periodicamente; (Neste caso responda os itens 21 e 22);
- b) ☐ Precisam fazer o exame uma vez apenas;
- c) ☐ Não precisam fazer o exame;
- d) ☐ Não sabe.

21) Você sabe qual deve ser a periodicidade ?

- ☐ Sim; De quanto em quanto tempo ? _____
- ☐ Não sabe.

22) A partir de que idade?

- a) ☐ 15 anos;
- b) ☐ 20 anos;
- c) ☐ 25 anos;
- d) ☐ Outras idades: _____ anos;
- e) ☐ Não sabe.

23) Mulheres que não tem, mas já tiveram atividade sexual no passado, devem fazer o exame ?

Obs. : Pressupondo que nunca tenham feito o “preventivo”.

- a) ☐ Devem fazer o exame periodicamente;
- b) ☐ Precisam fazer o exame uma vez apenas;
- c) ☐ Não precisam fazer o exame.
- d) ☐ Não sabe.

24) Quais as suas maiores dúvidas com relação ao exame citológico cérvico-vaginal ou “preventivo” ?

☐ Não tem dúvidas.

25) Quais as maiores dúvidas das pacientes com relação ao câncer de colo de útero e ao “exame preventivo” ?

26) Você se sente tranquilo(a) em responder a estas dúvidas?

a) ☐ Sim;

b) ☐ Não. Por quê ?

*** As próximas questões (27 e 28), são destinadas apenas aos médicos:**

27) Lesões pré-neoplásicas costumam dar sintomatologia ?

a) ☐ Sim. Quais os sinais e/ou sintomas?

b) ☐ Não;

c) ☐ Não sabe.

28) Você sabe o que é “HPV”?

a) ☐ Sim. Explique:

b) ☐ Não sabe.

**TCC
UFSC
TO
0042**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0042

Autor: Pires, Claudio Mül

Título: Câncer cérvico-uterino : nível



972814931

Ac. 254188

Ex.1 UFSC BSCCSM